

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

212

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

RAYMOND BIARD

Né à Ardenes (Indre, le 17 Février 1899

**Des Tuberculoses
Hypertrophiques Associées
du Cœcum
et de l'Intestin grêle**

Président : M. P. CARNOT. Professeur

PARIS
JOUVE & C^e, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1925

818



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANNÉE 1925

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

RAYMOND BIARD

Né à Ardentes (Indre), le 17 Février 1899

Des Tuberculoses Hypertrophiques Associées du Cœcum et de l'Intestin grêle

Président : M. P. CARNOT, Professeur

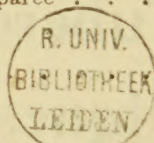
PARIS
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

—
1925

LE DOYEN. M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale.	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	N.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique otho-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ABRAMI . . Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
ALGRAVE . . Pathologie chirurgi- cale.	LARDENNOIS Pathologie chirurgi- cale.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.	LE LORIER . . Obstétrique.
BASSET . . Pathologie chirurgi- cale.	LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngolo- gie.
BAUDOUIN . . Pathologie médicale.	LEMIERRE . . Pathologie médicale.
BINET . . . Physiologie.	LÉVY SOLAL. Obstétrique.
BLANCHETIÈRE . Chimie biologique.	LHERMITTE . Pathologie mentale.
BRANCA . . Histologie.	LIAN. . . . Pathologie médicale.
BRULÉ. . . Pathologie médicale.	MATHIEU . . Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET . . Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER . . Obstétrique.
CADENAT . . Pathologie chirurgi- cale.	MOCQUOT . . Pathologie chirurgi- cale.
CHAMPY . . Histologie.	MONDOR . . Pathologie chirurgi- cale.
CHIREY . . Pathologie médicale.	MOURE . . Pathologie chirurgi- cale.
CLERC . . . Pathologie médicale.	MULON . . Histologie.
DEBRÉ. . . Hygiène.	PHILIBERT . Bactériologie.
I. de JONC. . Anatomie pathologi- que.	RIBIERRE. . Pathologie médicale.
DUVOIR . . Médecine légale.	RICHET Fils . Physiologie,
ÉCALLE . . Obstétrique.	ROUVIÈRE . Anatomie.
FIESSINGER . Pathologie médicale.	TANON. . . Pathologie médicale.
FOIX . . . Pathologie médicale.	TIFFENEAU . Pharmacologie et ma- tière médicale.
GARNIER . . Pathologie expérimenta- tale.	VAUDESCAL. Obstétrique.
HARVIER . . Pathologie médicale.	VERNE. . . Histologie.
HEITZ-BOYER. . Urologie.	VILLARET . Pathologie médicale.
HOVELACQUE. . Anatomie.	WELTER . . Ophthalmologie.
JOYEUX . . Parasitologie.	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
CAMUS. . . Physiologie.	RETTERER . Histologie.
GOUGEROT . Pathologie médicale.	ROUSSY . . Anatomie pathologi- que.
GUÉNIOT . . Obstétrique.	

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY .	. Clinique chirurgicale.	OMBREDANNE .	. Clinique chirurgicale. infantile.
CHEVASSU .	. Clinique chirurgicale.	PROUST .	. Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	. Clinique médicale.	RATHERY .	. Clinique médicale.
LEREBoullet .	. Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ .	. Clinique chirurgicale.
LÈRI . .	. Clinique médicale.	TERRIEN .	. Clinique ophtalmolo- gique.
LÆPER . .	. Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomalogie.
N		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD . .		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE ET A MON PÈRE

*Témoignage de ma profonde affection
et de ma filiale reconnaissance*

A MA GRAND'MÈRE

A MA FEMME BIEN AIMÉE

A MA FILLE

MEIS AMICISQUE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur LE DOCTEUR P. CARNOT

Professeur de Thérapeutique

Médecin de l'Hôpital Beaujon

Officier de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine.

*Hommages respectueux et remerciements
sincères pour l'honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de cette thèse.*

AVANT-PROPOS

Ce travail a été fait sous l'inspiration de Monsieur le Professeur Carnot qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et mettre à notre disposition deux observations particulièrement intéressantes.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer ici notre respectueuse reconnaissance.

Nous tenons également à remercier nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux pour l'enseignement précieux qu'ils nous ont donné dans le courant de nos études, enseignement dont nous saurons tirer le plus grand profit dans l'exercice de notre profession.

INTRODUCTION

Depuis la découverte du bacille de Koch, il n'est pas maladie qui donnât lieu à des travaux plus abondants que la tuberculose intestinale.

Les lésions qu'elle provoque sont multiples à tel point qu'on a pu décrire une forme ulcéreuse — expression banale des tuberculoses avancées ; — une forme cicatricielle stenosante ; une forme entero-peritoneale ; une forme fibreuse ; enfin une forme hypertrophique.

Nous n'aurons en vue dans ce court travail que cette dernière, ou plutôt une variété rare de cette dernière, à savoir : la tuberculose intestinale hypertrophique intéressant à la fois l'intestin grêle et le gros intestin.

Comme le dit en effet le Professeur Hartmann dans une communication qu'il faisait à la Revue de Chirurgie en 1907 : « La tuberculose intestinale hypertrophique
« reste presque toujours limitée au cœcum et n'envahit
« qu'exceptionnellement l'iléon... et encore à une épo-
« que tardive et dans d'infimes proportions... »

HISTORIQUE

Avant 1830, la tuberculose intestinale n'était guère connue que sous sa forme ordinaire : granulations miliaires évoluant vers la caséification, et amenant la production d'ulcérations multiples de la muqueuse.

A cette époque, Corbin publia deux cas de rétrécissement du grêle.

En 1845, un anglais Ward signale au point de vue anatomo-pathologique, l'existence sur l'intestin de dépôts tuberculeux localisés amenant un épaissement des tuniques du cœcum.

En 1853, Leudet donne un exemple de tumeur tuberculeuse développée dans le duodenum.

En 1880, Cornil et Ranvier dans leur traité d'anatomie pathologique écrivent : « Quelquefois l'infiltration inflammatoire et tuberculeuse de la muqueuse, produit un épaissement assez considérable des tuniques pour déterminer le rétrécissement de l'intestin... »

Mais, ce n'est qu'en 1891 que la question fut bien mise au point par le mémoire que Hartmann et Pilliet transmirent à la Société de Chirurgie. Ils parlent d'une variété de « typhlite tuberculeuse simulant les cancers

« de la région... » et montrent que la tuberculose intestinale peut évoluer d'une façon spéciale : l'élément inflammatoire s'ajoutant à l'élément infectieux déterminerait l'hypertrophie des parois de l'intestin. Enfin ils ajoutent que tandis que les lésions tuberculeuses ordinairement rencontrées sont disséminées, celles, au contraire de la tuberculose hypertrophique sont localisées et peuvent s'étendre à la fois au cœcum et à l'intestin grêle.

Voilà donc la forme hypertrophique de la tuberculose intestinale bien mise en lumière. Les études qui en furent faites dans les années qui suivirent jusqu'à ce jour sous forme de thèses ou de communications aux Sociétés Médicales ou Chirurgicales sont nombreuses. Nous ne les citerons pas ici et renvoyons pour cela à la bibliographie.

Presque toutes, portent sur la tuberculose hypertrophique de l'intestin dans sa forme commune et n'envi-sagent pas spécialement celle qui intéresse à la fois le gros intestin et l'intestin grêle. Seules quelques observations relatent le fait et nous croyons pour compléter cette étude devoir les citer à la fin de notre thèse.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

C'est au même titre que toutes les autres parties de l'économie que la tuberculose frappe l'intestin.

Aux formes diffuses les plus communes qui ne se manifestent guère que par la diarrhée et le dépérissement de plus en plus profond il convient d'opposer les formes localisées dont la symptomatologie varie quelque peu, avec conservation plus longue d'un état général satisfaisant.

Tandis que la forme diffuse est considérée comme succédant presque toujours à une tuberculose pulmonaire, la forme hypertrophique au contraire, lésion localisée s'observe chez des sujets d'apparence saine, à tel point qu'on a pu la considérer comme primitive. Il n'est cependant pas impossible que des lésions antérieures de l'intestin jouent le rôle de causes prédisposantes. Sans compter la virulence plus ou moins grande du bacille, les inflammations locales soit infectieuses : maladies intestinales du jeune âge; dysenterie, typhoïde, entérites aiguës et chroniques ; soit mécani-

ques : corps étrangers, constipation opiniâtre, frottements répétés au niveau de la valvule iléo-cœcale pourraient faciliter la pénétration du microbe. Mais comme nous le disions précédemment ces inflammations locales ne seraient pas indispensables et le bacille, apporté soit par les crachats bacillifères déglutis, soit par les aliments tels que le lait ou la viande d'animaux tuberculeux, traverserait la muqueuse saine pour gagner la circulation veineuse porte ou la circulation lymphatique générale et revenir ensuite se localiser sur l'intestin.

A tout cela il faut ajouter la question d'hérédité ou plutôt la prédisposition de terrain dont l'influence n'est pas niable.

Quant à la plus grande fréquence chez l'homme ou chez la femme en question n'est pas tranchée. D'après une statistique du Professeur Hartmann (1) sur 217 observations de tuberculose hypertrophique il y aurait 105 hommes pour 112 femmes. De plus la maladie serait rare avant 20 ans et après 40 ans.

Voilà donc pour ce qui concerne la tuberculisation de l'intestin.

Mais pourquoi la lésion revêt-elle dans certains cas le type hypertrophique alors que normalement il s'agit seulement de tubercules ou de granulations évoluant vers la caséification et l'ulcération ? Actuellement la plupart des auteurs attribuent cette anomalie à la faible

(1). Hartmann : *Formes chirurgicales de la tuberculose ileo-cœcale*. Paris 1907.

virulence des bâcilles qui agissent, virulence qui par suite de l'irritation chronique qu'elle crée sur l'intestin, provoque une réaction de défense en l'occurrence, l'hypertrophie en même temps que se forme une prolifération active de tissu conjonctif sorte de barrière opposée à la marche progressive de l'affection.

Comment se présentent donc ces lésions ?

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En 1898, Bezançon et Lapointe écrivent : « La déformation tuberculeuse peut aboutir à une hypertrophie très marquée des tissus qu'elle envahit, hyperplasie « circonférentielle ou localisée sous forme de véritables « tumeurs. Elle s'accompagne le plus souvent de réactions particulières du tissu dans lequel elle se développe ; l'irritation du tissu conjonctif aboutit facilement à la transformation scléreuse et la graisse « infiltre ces parties déjà envahies par la sclérose... » Tel est le schéma anatomo-pathologique de la tuberculose hypertrophique intestinale. Qu'elle intéresse le gros intestin ou l'intestin grêle ou les deux à la fois la lésion toujours la même est essentiellement constituée par cette hypertrophie « défensive » des parois de l'intestin et des tissus qui les entourent.

Cette hypertrophie siège, comme nous l'avons déjà dit, sur le cœcum ; quand elle intéresse l'intestin grêle son lieu de prédilection se trouve dans les derniers centimètres qui précèdent la valvule de Bauhin.

Au point de vue macroscopique la lésion se présente sous l'aspect d'une masse plus ou moins grosse, plus ou moins limitée et régulière et plus ou moins mobile, dont le siège — la fosse iliaque droite — varie fort peu. Il suit en effet les variations anatomiques de la région iléo-cœcale, qui, tantôt haute, tantôt basse, tantôt plus à droite, tantôt plus à gauche, contribue à égarer le diagnostic comme nous le verrons plus loin.

Cette masse sorte de gangue scléro-adipeuse tout à fait typique, abondante et dense, forme une gaine à l'intestin et peut même « s'étendre jusqu'au devant de « la colonne vertébrale. » (Hartmann. Tuberculose ileo-cœcale 1907). Le péritoine qui la recouvre, hyperplasié lui aussi, présente ou non des adhérences qui peuvent unir différents organes entre eux, par exemple plusieurs anses intestinales ; ou « adhérer aux parties « voisines : fascia lata, gaine du psoas, grand épiploon, « vessie. » (Th. Alglave, 1903-1904).

Dans la masse quelques ganglions lymphatiques hypertrophiés et infiltrés, surtout les mesenteriques — groupe ileo-colique.

Le cœcum présente des parois denses et dures uniformément épaissies. Toutes les tuniques sont hypertrophiées. La muqueuse offre ça et là quelques ulcérations ; mais le fait dominant est son état polypeux. En effet, les villosités font saillie sous forme de petites masses plus ou moins pédiculées, séparées « par des fentes renfermant des petits foyers de 2 à 3 millimètres de diamètre et contenant des débris caséux. » Cet état per-

siste ou s'accroît suivant les cas au fur et à mesure qu'on se rapproche de la valvule de Bauhin. Cette dernière a généralement disparu, à sa place on ne trouve plus qu'un canal rigide épais et dur, quand elle persiste elle est déformée, épaissie, indurée.

L'appendice en général subit quelques déformations bien qu'il puisse rester sain « à côté d'un iléon et d'un « cœcum très malade, ou bien encore disparaître dans la masse tuberculeuse. » (Hartmann, Bull. soc. anat. Paris 1892).



Tuberculose hypertrophique ileo-cœcale et pièce de S. Henri observation 1

1 - Diverticule de Meckel recouvert de granulations; 2 - Intestin grêle; 3 - Petits polypes, v. observat.; 4 - Résidus de la valvule ileo-cœcale; 5 - Cœcum; 6 - Masse fibro-adipeuse; 7 - Parois hypertrophiques.

L'intestin grêle dont les parois sont normalement de 1 millimètre environ d'épaisseur en présente parfois qui ont 2, 3, et même 4 centimètres. Tel est le cas du grêle

de S... dont nous parlons dans l'observation I. La muqueuse épaissie est recouverte comme celle du cœcum de quelques ulcérations et d'un plus ou moins grand nombre de petites granulations quelquefois grosses comme une lentille, ou de petits polypes pédiculés et renflés en massue à leur extrémité libre. Certains d'entre eux ont jusqu'à 1 centimètre de longueur pour un diamètre de 2 à 3 millimètres.

Cette lésion du grêle peut s'étendre sur une longueur de 8, 10 et même 20 centimètres. (Observat. I. II.

et Routier, Bull. Soc. Chir. 2 Déc. 1903).

L'hypertrophie des parois de l'intestin, la disposition annulaire, en colonnes ou en brides des villosités plus ou moins saillantes réduisent d'autant sa lumière, si bien que dans certains cas elle ne permet plus l'introduction d'un doigt, d'un crayon ou même d'une « plume d'oie » (cas de Hartmann).

Au point de vue microscopique, le trait essentiel, d'après le mémoire de Caussade et Charrier (arch. génér. de méd. 1899, p. 410), est « l'infiltration lymphoïde ;
« la rareté des follicules tuberculeux dans les plans superficiels ; l'abondance de ces mêmes follicules dans
« le péritoine, et leur tendance manifeste vers la sclérose péritonéale ;
« le péritoine, et leur tendance manifeste vers la sclérose péritonéale avec un processus adipeux surtout développé à ce niveau. »

La muqueuse est hypertrophiée... il y a une infiltration embryonnaire énorme. Celle du grêle présente dans le cas qui nous intéresse (obs. I) de petites végétations

polypeuses formées par des glandes pelotonnées et dégénérées.

De plus, comme le dit Alglave dans sa thèse « l'abondance des tubercules dans la sous-séreuse rend compte de la rigidité ligneuse des parois intestinales hypertrophiées... ».

Au lieu de tubercules, on trouve le plus souvent de simples follicules disposés çà et là avec chacun deux ou trois cellules géantes ; la zone des cellules épithélioïdes manque.

L'examen des travées conjonctives qui traversent la musculature permet de voir qu'elles sont infiltrées d'éléments leucocytaires et richement vascularisés. On peut y déceler quelques bacilles et quelques cellules géantes.

Les vaisseaux sont ectasiés. Les glandes fréquemment dégénérées.

— Il est à noter que dans le cas cité dans l'observation I., observation inédite que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Carnot, le malade portait un peu en amont de la valvule ileo-cœcale un diverticule de Meckel. Celui-ci se présentait sous forme d'une gourde, d'une poire, long de 4 à 5 centimètres, libre dans la cavité abdominale. Sa surface était recouverte d'un certain nombre de petites granulations tuberculeuses de la grosseur d'une petite lentille. Ses parois dures et épaissies sectionnées, on apercevait une cavité de 1 ou 2 centimètres de diamètre se rétrécissant au fur et à mesure qu'on se rapprochait de l'extrémité libre. Pas de granulations à l'intérieur.

SYMPTOMATOLOGIE

Il suffit de prendre les observations citées plus loin pour trouver une symptomatologie complète.

La tuberculose hypertrophique ileo-cœcale s'observe souvent chez des sujets non tuberculeux en apparence.

A sa période de début, elle se manifeste sous différents aspects suivant que la lésion est plus ou moins récente et plus ou moins rapide dans son extension.

Le début s'annonce insidieusement par une diminution de l'appétit et du dégoût pour certains aliments. Les digestions sont longues et pénibles. Le malade, l'abdomen ballonné, la face rouge, congestionnée, accuse une sensation de lourdeur dans tout l'abdomen et de gêne surtout prononcée dans le creux épigastrique. Le maximum est atteint plusieurs heures après les repas, au moment de la digestion intestinale.

La constipation est habituelle, alternant avec des débâcles diarrhéiques. Les selles contiennent ou non du sang ou des fausses membranes.

De tels symptômes contribuent à égarer le diagnostic et souvent le médecin pense à de l'hypochlorhydrie.

Contre la constipation les laxatifs n'ont pas beaucoup d'effet et ne font qu'accentuer les phénomènes douloureux. Il en est de même pour la diarrhée qui persiste malgré tout. Les régimes sont sans action.

A la période d'état tous les symptômes précédents s'exagèrent, s'amplifient en même temps que le malade maigrit et s'affaiblit de plus en plus. A la simple gêne d'après les repas succède la douleur dont le siège, variant fort peu, se trouve dans la fosse iliaque droite. Dans cette région le malade ressent une sensation d'arrêt de gonflement. Bientôt elle cède en même temps que se produisent quelques borborygmes, que l'oreille perçoit à distance. C'est le syndrome de Koenig : Douleur et météorisme, suivis après leur disparition de bruits musicaux ; qui se reproduit plusieurs fois durant la même période digestive.

Signes physiques.

A cette période l'inspection de l'abdomen décèle au moment des douleurs, des mouvements de reptation visibles à travers la paroi. Ces mouvements sont dûs aux contractions répétées de l'intestin pour faire franchir au bol fécal l'obstacle que crée le rétrécissement dû à l'hypertrophie. L'absorption d'un laxatif amplifie ces mouvements.

A la palpation on trouve dans la fosse iliaque droite une masse plus ou moins grosse, plus ou moins mobile, généralement bien limitée.

Le reste de l'abdomen est normal.

Signes généraux.

Les différents organes autres que le tube digestif ne présentent souvent rien de spécial. Les poumons eux-mêmes peuvent être indemnes de toute lésion bacillaire.

Cependant, malgré l'absence de température, l'état général s'altère de plus en plus. Le malade n'a plus d'appétit, et, redoutant les douleurs de la digestion, il mange de moins en moins et finit par se cachectiser en quelques mois ou quelques années, à moins que des accidents d'occlusion intestinale ou qu'une généralisation du processus tuberculeux ne hâtent le dénouement.

Ce qui précède se rapporte à la sténose unique. Si les rétrécissements sont multiples, la différence réside en ceci que, au lieu d'un accès douloureux pour un même repas, il y en a plusieurs qui se répètent à de courts intervalles, qu'à la palpation on sent généralement de petites tumeurs en différents endroits, enfin que les ondes peristaltiques, le météorisme et les bruits musicaux ont une plus grande intensité.

Evolution et pronostic.

Malgré sa marche lente, la maladie progresse vers la cachexie ; la coexistence de lésions du grêle et du gros intestin accélère encore l'évolution et l'issue est fatale à moins qu'une intervention chirurgicale hâtive, seulement possible avec un diagnostic précis et précoce, n'arrête la marche de la maladie.

Celle-ci conduit à la mort, soit par l'occlusion intestinale — conséquence de l'obstruction causée par la masse fibro-adipeuse — soit par la généralisation du processus tuberculeux.

DIAGNOSTIC

La tuberculose intestinale hypertrophique ne présentant pas une symptomatologie propre très nette, est d'un diagnostic difficile pour ne pas dire impossible, si bien que la laparotomie peut être considérée comme étant le seul moyen qui permette de le porter.

Le siège quelque peu variable que la lésion occupe dans la fosse iliaque droite contribue à égarer le diagnostic.

La lenteur de son évolution, dominée au début par les troubles digestifs que nous énonçons à la symptomatologie, et l'absence de température orientent plutôt vers un diagnostic de dyspepsie en l'occurrence hypopepsie, que vers une tuberculose intestinale.

L'hypertrophie constituée : un début brusque avec douleurs aiguës bien que la fièvre soit absente, fait songer à une crise d'appendicite aiguë ; à une colique hépatique (Th. Benoist 1893).

Si les phénomènes d'obstruction sont assez nets, la confusion est possible avec toutes les sténoses de l'in-

testin : typhiques, dysentériques, lithiasiques-biliaires surtout. A ce sujet, les renseignements fournis par le malade sur ses antécédents sont d'un précieux secours. Les sténoses syphilitiques bien qu'existantes sont rares.

L'affection continuant son évolution, la tumeur apparaît. Perceptible à la palpation, elle présente les caractères que nous avons énumérés à la symptomatologie ; l'état général est devenu plus mauvais. A quoi peut-on penser ? Sans doute aux tumeurs possibles de la région telles : les kystes ou tumeurs malignes du mesentère ; au cancer du cœcum ou de la région ileo-cœcale. Mais la tuberculose se voit davantage avant 40 ans, tandis que le néoplasme se voit surtout après, de plus, sa marche, beaucoup plus rapide, n'est pas coupée de périodes d'accalmie comme dans la tuberculose hypertrophique et le malade se cachectise beaucoup plus vite.

Les tumeurs actinomycosiques. Seul l'examen histologique peut trancher la question.

Les kystes hydatiques de la fosse iliaque droite. L'erreur est possible, en 1902 le P^r Dieulafoy sur un de ses malades avait porté le diagnostic de tuberculose ileo-cœcale ; l'intervention chirurgicale démontra dans la suite qu'il s'agissait d'un kyste hydatique.

Les tumeurs de la vésicule biliaire (Th. Itié 1898).

L'appendicite chronique avec nombreuses adhérences.

Le lymphadenome.

L'adénite chronique des ganglions iliaques (Thèse Gouillon, Bordeaux 1906-1907). Mais alors la tumeur est plus fixe et plus rapprochée de l'arcade crurale.

Kystes de l'ovaire ou tumeurs solides de l'ovaire (Th. Cornu 1923-1924).

L'examen radiologique montre seulement que la bouillie barytée passe plus ou moins difficilement, qu'il y a une ou plusieurs sténoses, enfin que la lumière de l'intestin est plus ou moins réduite.

Le point de vue histologique a été étudié à l'anatomie pathologique. Mais déjà en l'absence de nodules embryonnaires, de cellules géantes et d'inoculation positive, le diagnostic histologique différentiel entre la tuberculose et l'inflammation simple est difficile à trancher.

Quant à la recherche du bacille de Koch dans les selles, elle n'est pas toujours, même positive, une preuve absolue de tuberculose intestinale, car comme le dit Cornu (Th. Paris 1923-1924) : « Si dans la tuberculose intestinale la recherche du bacille est presque toujours positive, il faut admettre aujourd'hui qu'elle le pourrait être chez des tuberculeux pulmonaires qui déglutissent leurs crachats et sont en puissance de sarcome intestinale ».

TRAITEMENT

Le traitement médical doit être institué dès que l'on soupçonne la nature tuberculeuse de la lésion. Il se résume dans une réglementation sévère de l'hygiène alimentaire — nourriture saine et substantielle — et de celle du tube digestif. En cela les gardes-robe doivent être très régulières et si la constipation est opiniâtre, on devra par quelques laxatifs favoriser l'évacuation de l'intestin. Contre la diarrhée opiniacée. Comme pour toute bacillose la vie au grand air est un adjuvant précieux du traitement.

Mais la plupart du temps le traitement médical est vain et l'on aura recours à l'intervention chirurgicale qui est, comme le dit Hartmann : « formellement indiquée dès que le diagnostic de tuberculose hypertrophique est établi, et qu'elle doit être le plus souvent « la résection. »

Elle est indiquée ou contre indiquée suivant l'état du malade ; de plus, l'extension de la lésion au cœcum et au grêle rend toute intervention difficile. Alglave

dans sa thèse met la même insistance : « Le traitement
« de choix de cette affection, dit-il, indiqué aussitôt le
« diagnostic établi, sera la résection large et totale du
« segment ileo-cœcal atteint. Elle ne doit être prati-
« quée que chez des individus à état général assez
« satisfaisant pour qu'une opération de longue durée
« puisse être bien supportée. »

Il se bornera d'après Tref (Th. Montpellier 1905) :

Soit à l'entéroplastie qui rend à l'intestin son calibre normal, mais alors on n'est pas certain que le processus tuberculeux ne continuera plus sa marche.

Soit à l'entérectomie, traitement radical seulement possible avec une lésion tuberculeuse de faible étendue.

Soit enfin à l'entéro-anastémosé latérale qui a le gros inconvénient de laisser un foyer d'infection à l'intérieur de la cavité abdominale.

En résumé, le traitement de choix est le traitement chirurgical, mais, pour que son efficacité soit complète, il faut qu'il soit pratiqué tôt afin que la lésion n'ait pas eu le temps de s'étendre trop loin sur l'intestin.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

Tuberculose intestinale à forme hypertrophique intéressant une partie du cœcum et le commencement de l'intestin grêle. (Service de M. le P^r Carnot, Beaujon).

Le malade S... Henri, 32 ans, chauffeur d'auto, entre le 30 Juillet 1924 dans le service de M. le P^r Carnot, à l'hôpital Beaujon, pour douleurs abdominales.

Dans ses antécédents personnels on trouve :

En 1914, une pleurésie droite.

En 1918 une seconde pleurésie, mais qui siège à la base gauche.

Les détails manquent tant sur l'évolution que sur le traitement de ces deux affections.

En 1923 Poliomyélite. Le malade est traité à ce moment là dans le service de M. le P^r Carnot. — Son état s'améliore, mais au cours de l'amyotrophie qui s'ensuivit il perdit 8 kilos.

Vers le mois de Mars 1924 il est pris de petites coliques, sans grande intensité et généralisées à tout l'ab-

domen — il n'avait encore jamais rien ressenti de ce côté.

Vers le 15 Avril apparaît la diarrhée.

Le malade présente alors 2 à 3 selles par jour, liquides, jaunâtres, mais ne contenant pas de peaux ni de sang. En même temps la douleur abdominale tend à se localiser du côté droit, mais elle reste assez modérée.

Cet état persiste pendant deux mois environ malgré le régime alimentaire — légumes et viandes grillées — que lui ordonne un médecin consulté.

A certains moments, sans qu'il puisse en préciser le mode d'apparition, le malade éprouve dans la fosse iliaque droite une sensation d'arrêt, de gonflement, en même temps qu'apparaît une douleur qui cède rapidement en s'accompagnant de quelques borborygmes.

Il part dans le Midi.

Rentré à Paris le 1^{er} Juillet 1924, il vient consulter M. le P^r Carnot qui l'a déjà soigné il y a un an pour sa poliomyélite :

Son état général est assez atteint. En plus des 8 kilos perdus à la suite de la poliomyélite, il a maigri de 3 à 4 kilos depuis l'apparition de la diarrhée.

Pas de température.

Il rend le matin quelques crachats.

A l'examen de son abdomen on constate :

Ventre d'aspect normal.

A la palpation on trouve dans la fosse iliaque droite une masse de la grosseur du poing, assez mobile, bien limitée, en bas, en dehors et en dedans où elle gagne la ligne médiane. En haut elle s'enfonce dans la pro-

fondeur où on la perd insensiblement. La partie externe est plus saillante que la partie interne. Le palper provoque une douleur qui devient particulièrement aigüe à mi-chemin de la ligne ombilico-spinale.

L'auscultation du cœur et des poumons ne dénote rien de spécial.

Un examen minutieux des selles et des crachats démontre l'absence de germes spécifiques, on ne trouve pas non plus de bacilles de Koch.

Cet examen qui fut renouvelé le 10 et le 28 Juillet est resté toujours négatif.

Le résultat d'une radioscopie pratiquée à ce moment est le suivant :

« Absence presque complète de baryte dans le cœ-
« cum. On en trouve par contre en quantité normale
« dans les colon transverse, descendant et iliaque.

« Les deux sommets sont voilés, le gauche surtout.
« Petites déformations diaphragmatiques à proximité
« des sinus ».

Le 6 Juillet on lui fait une prise de sang. Pour dosage d'urée on en trouve 0,75 centigr. par litre.

Le 8 Juillet : *Intervention* par M. le D^r Michon : Laparotomie.

Hémicolectomie droite avec ablation de 35 cm. de grêle et anastomose latéro-latérale.

Suites opératoires.

Les jours qui suivirent l'intervention furent marqués de quelques incidents : Toux et hoquet persistant qui finit par céder au bout de deux jours.

Durant le mois d'Août évolution d'une tuberculose pulmonaire rapidement bilatérale.

En Septembre fistule opératoire qui suppure et ne se ferme que très lentement. Température à grandes oscillations vesperales. Elle baisse un peu vers la fin du mois.

Dans la première quinzaine d'Octobre stabilisation des signes pulmonaires.

Puis apparition d'une méningite bacillaire avec symptômes méningés très nets. — Mort.

Examen macroscopique de la pièce.

Le cœcum, l'appendice et la portion d'intestin grêle avoisinant le cœcum sont entourés d'une masse scléro-adipeuse dure, et parsemée çà et là de quelques granulations tuberculeuses.

Le calibre de l'intestin grêle, surtout au niveau de la valvule ileo-cœcale, et celui du cœcum est notablement diminué.

Après incision des parois de l'intestin enlevé, on constate que tant sur le cœcum que sur l'intestin grêle ces parois sont hypertrophiées.

La muqueuse présente par endroits et sur toute la pièce enlevée des petits polypes renflés en massue à leur extrémité libre et de la grosseur d'un petit pois environ.

Au point de vue microscopique, lésions ordinaires de la tuberculose hypertrophique ileo-cœcale que nous avons étudiées à l'anatomie pathologique.

OBSERVATION II. (Inédite)

Cas de tuberculose intestinale hypertrophique intéressant le cœcum et l'intestin grêle. Malade opéré le 22 novembre 1924 par M. le Dr Michon à l'hôpital Beaujon.

(L'observation détaillée n'a pu nous être fournie ainsi nous ignorons l'histoire de la maladie, les antécédents personnels du malade et les antécédents familiaux.)

Il s'agit d'un malade qui a beaucoup maigri, avec pression artérielle très faible Max = 10. Min = 5.

Le 22 Novembre 1924, Laparotomie par M. le Dr Michon. A l'ouverture de l'abdomen on constate une masse hypertrophique au niveau de l'angle iléo-cœcal laissant libre la paroi externe et le fond du cœcum et envahissant la paroi postérieure. Malgré cela l'angle iléo-cœcal est encore mobile et serait facilement enlevable ; mais sur une grande étendue de l'intestin grêle, se succédant de 10 centimètres en 10 centimètres, se trouve toute une série de lésions ayant le même aspect : la séreuse est rouge et parsemée de granulations qui affectent une disposition en bague par rapport à l'intestin. A leur niveau il y a un épaissement notable des parois de l'intestin qu'on perçoit facilement entre deux doigts, les épaissements ont une hauteur de 3 à 4 centimètres ; dans ces conditions on renonce à l'ablation. L'appendice collé au fond du cœcum est d'apparence saine.

OBSERVATION III

Tuberculose cœcale. (Henri Hartmann. Bull. et Mem. Soc. Anat. Paris 4 Mars 1892, p. 157.

Il s'agit d'un malade de 41 ans entré le 28 juillet 1891 à l'Hôpital Bichat. Dans le service de M. Terrier, alors suppléé par M. A. Broca.

Ce malade qui avait toujours joui d'une bonne santé était sujet depuis 3 mois à des douleurs abdominales vagues, siégeant plus particulièrement à l'épigastre et dans la fosse iliaque droite. D'abord intermittentes et ne se montrant qu'à l'occasion de secousses telles que la toux, ces douleurs étaient arrivées à devenir continues, elles augmentaient notablement après les repas. Jamais de vomissements, mais alternatives de constipation et de diarrhée. Le malade reste 2, 3 jours sans garde-robes, puis a une petite débacle de 4, 5 selles liquides sans que jamais il y eut de sang. Le ventre est souvent ballonné surtout après le repas du soir et les douleurs l'empêchent de dormir ; aussi s'abstient-il depuis quelque temps de manger le soir et se contente-t-il d'un peu de bouillon, l'appétit a du reste beaucoup diminué et le malade a notablement maigri ces 3 mois.

Le 25 août nous constatons l'état suivant :

L'abdomen est un peu tendu sans être ballonné cependant à gauche on déprime facilement la paroi ; à droite on provoque de la douleur et la paroi se tend. Par une pression soutenue on arrive cependant à déprimer cette paroi, et on constate alors à la partie supé-

rière de la fosse iliaque droite à sa jonction avec le flanc une tumeur dont la partie inférieure bien limitée reste distante de 2 bons travers de doigt du pli inguinal droit dont le bord externe passe à un travers en dedans de l'épine iliaque antéro supérieure et dont la partie supérieure se perd dans la profondeur du flanc droit. Cette tumeur du volume d'un poignet de femme, assez bien limitée en bas et en dehors est mal limitée en dedans. Elle est ferme, sans être franchement dure, un peu mobile dans le sens transversal, sensible à la pression bien que n'étant pas à proprement parler douloureuse. La percussion à son niveau ne dénote pas de matité mais il y a une diminution de la sonorité lorsqu'on compare la fosse iliaque droite à celle du côté opposé. Les hypochondres et la région ombilicale sont le siège d'une sonorité tympanique.

L'examen du thorax nous fait constater une légère submatité dans la fosse sus-épineuse droite : à l'auscultation, la respiration est un peu affaiblie au sommet gauche en avant et au sommet droit en arrière.

Pas de sucre ni d'albumine dans les urines. Pas de fièvre.

Nous portons un diagnostic de tuberculose iléo-cœcale qui est accepté par notre ami M. A. Broca.

Le 28 août 1891, M. A. Broca fait la laparotomie avec notre assistance.

L'anesthésie est pratiquée par M. du Bouchet.

Laparotomie médiane sous ombilicale ; la main reconnaît immédiatement l'existence de la tumeur dans la fosse iliaque droite. La libération est commencée par la partie interne à laquelle adhèrent de l'épi-

ploon et des anses d'intestin. Pour faciliter le dégagement de la masse, le gros intestin est sectionné entre 2 pinces longues au voisinage de la jonction iléo-cœcale.

Puis afin de se donner du jour on agrandit l'incision par en haut et l'on dépasse l'ombilic. On reconnaît alors que la portion de gros intestin sectionné n'est autre que le colon transverse qui affectant la forme d'un V ouvert en haut était accolé sur tout son bord droit au bout interne du colon ascendant avec lequel il faisait un angle aigü. La libération est alors reprise par la partie externe et l'on enlève la terminaison de l'iléon, le cœcum, le colon ascendant et la partie droite du colon transverse. L'hémostase est facilement assurée par quelques ligatures en chaîne et comme l'opération a duré assez longtemps on ne fait pas la suture des 2 bouts et l'on termine rapidement l'opération par la fixation des deux bouts immédiatement au dessous de l'ombilic.

Examen de la pièce.

Toute la jonction iléo-cœcale est englobée dans une masse fibro adipeuse, surtout développée à la partie interne dans l'insertion du mésentère. L'intestin ouvert, on constate que la valvule a disparu et que toute la région iléo-cœcale est occupée par une masse inégale, bourgeonnante qui empiète, à la fois sur la terminaison de l'iléon et sur le commencement du colon ascendant. L'appendice iléo-cœcal est dilaté, ses parois épaissies, sa cavité notablement agrandie. Le rétrécis-

sement de cette portion de l'intestin est dû en grande partie à la masse scléro adipeuse qui l'englobe. Dans le mésentère se trouve quelques petits ganglions. Un de ces ganglions inoculé à un cobaye a été suivi du développement de lésions tuberculeuses.

Le soir 37°. Pouls 130, petit.

Soif assez vive. Pas de choc.

Le 29 août : températ. 37° ; pouls 130, petit, inégal. Le soir les extrémités sont froides, le pouls petit, irrégulier ; le malade meurt à 2 heures du matin.

Autopsie.

Péritonite suppurée au début. La fixation de l'intestin a été incomplète et à la partie supérieure existe un pertuis par lequel les matières ont filtré dans le ventre et l'on peut engager une sonde cannelée. C'est à ce point que les lésions péritonitiques sont le plus marquées. Il n'y a pas de sang dans l'abdomen, pas de lésions tuberculeuses dans le péritoine. Deux ulcérations tuberculeuses de l'intestin grêle ; dans le gros intestin une petite plaque pseudo-membraneuse.

Au sommet des poumons on trouve quelques nodules durs, discrets, sans caséification.

Adhérences pleurales des 2 sommets.

OBSERVATION IV

Tuberculose du cœcum. — M. R. Marie, interne des Hôpitaux

Bull. soc. anat. 1^{er} juin 1894, p. 451. (Résumé)

Il s'agit d'une femme de 39 ans, qui entre le 26 avril

dans le service de M. le D^r Nelaton, à Tenon.

Malade depuis 5 mois, elle ne présente aucun passé pathologique. Mais depuis ce temps au moment de ses règles elle éprouve de violentes douleurs dans l'abdomen sans phénomènes péritonéaux, pas de nausées, ni de vomissements, ni de constipation.

L'appétit a diminué, et la malade ne fait plus usage que d'aliments liquides.

Du côté du tube digestif : rien.

Les phénomènes locaux dominent la scène : douleur continue dans le flanc droit et la fosse iliaque droite avec irradiations à l'hypogastre.

Amaigrissement considérable, perte des forces, la peau devient terreuse et jaunâtre. Rien aux poumons.

Par l'inspection on voit à certains moments des voussures dans la partie sous-ombilicale de l'abdomen, surtout à droite et animées de mouvements.

Par la palpation de la fosse iliaque droite empiétant légèrement sur le flanc, on sent une tumeur lisse, du volume d'une mandarine, très mobile, et qui fait penser à une tumeur de l'intestin grêle.

On intervient et l'on trouve une tumeur occupant la valvule de Bauhin. Résection de l'intestin contenant la tumeur.

Anus contre nature. — Mort.

A l'autopsie, seuls parmi les viscères, hormi l'intestin bien entendu, les poumons présentent un ou deux tubercules enkystés.

Examen de la tumeur.

Masse grosse comme le poing englobant la portion

iléo-cœcale du tube digestif. Vue par sa face antérieure, on reconnaît que tout le fond du cœcum et la portion de l'iléon qui s'y abouche sont recouverts d'une masse scléro-adipeuse dont les limites sont assez nettement dessinées à la partie supérieure.

La masse scléro-adipeuse se prolonge sur l'iléon à 4 ou 5 centimètres de l'embouchure de l'intestin grêle.

Cette masse assez dure est formée de tissu sclérosé infiltré de graisse, et contient quelques ganglions lymphatiques hypertrophiés.

L'aspect extérieur de la face postérieure du cœcum est analogue à celui de la face antérieure.

Nulle part sur la face extérieure de l'intestin on ne trouve trace de granulations tuberculeuses.

On coupe la tumeur et l'on constate :

Les parois du cœcum sont denses et dures, épaissies, toutes les tuniques sont hypertrophiées.

La muqueuse présente un état vilieux, polypeux très prononcé. Les villosités font saillie sous forme de petites masses plus ou moins pédiculées. Cet état polypeux de la muqueuse et l'épaississement des parois de l'intestin s'accroît au fur et à mesure qu'on se rapproche de la valvule de Bauhin. Celle-ci est disparue. A sa place on trouve un canal rigide. L'épaississement des parois intestinales est alors porté à son maximum.

L'intestin grêle a son calibre rétréci sur une longueur de 6 à 7 centimètres. La muqueuse est recouverte d'un grand nombre de petits polypes renflés en massue à leur extrémité libre. Ils ont en général 1 cen-

timètre de hauteur pour un diamètre de 2 à 3 millimètres. D'autres sont plus épais et bourgeonnants. Les parois du grêle sont proportionnellement plus hypertrophiées que celles du cœcum, elles renferment dans le derme de la muqueuse quelques petits foyers caséux.

L'examen microscopique révèle :

1°) Ganglions : Zônes de caséification de forme irrégulière avec à leur périphérie une accumulation de petites cellules lymphatiques et un nombre assez considérable de cellules géantes.

2°) Niveau de la partie supérieure du cœcum :

Ulcérations superficielles par places détruisant la couche glandulaire, la muscularis mucosæ et empiétant plus ou moins profondément dans le tissu cellulaire sous muqueux.

La sous muqueuse est très épaissie, elle renferme de gros tubercules dont le centre a subi la transformation caséuse et dont la périphérie est infiltrée de cellules géantes, 26 à 30, autour d'un tubercule.

La musculieuse est également hypertrophiée mais ne renferme nulle part de follicules tuberculeux.

Niveau de la valvule iléo-cœcale.

La valvule se détache comme un gros bourrelet entre la muqueuse du cœcum et celle de l'intestin grêle. Disparition de la muscularis mucosæ. Dans la sous muqueuse énormes tubercules. En dehors des tuniques musculaires épaississement considérable du tissu cellulaire sous péritonéal qui est infiltré de tubercules caséifiés à leur centre.

Coupe de l'intestin grêle près de la valvule.

La muqueuse présente de grandes végétations polypeuses formées d'une accumulation de glandes pelotonnées, noyées elles-mêmes dans un tissu farci de cellules embryonnaires. Par endroits quelques cellules géantes.

La *muscularis mucosæ* est disparue.

Légère dissociation des fibres musculaires les plus superficielles. Les fibres profondes sont hypertrophiées.

Les lésions vont en diminuant au fur et à mesure qu'on se rapproche de la partie saine de l'intestin grêle.

OBSERVATION V. — Résumée

Tuberculome iléo-cæcal opéré par le D^r Letulle en
juillet 1910

Bull. et mem. soc. anat. Paris 1910, p. 886-888

Il s'agit d'une femme de 31 ans qui avait été mariée à un pharmacien mort phthisique 10 ans auparavant.

Cette malade se plaignait d'une constipation opiniâtre, de nausées fréquentes, de lassitude et de gêne dans la fosse iliaque droite.

On sent à la palpation une tumeur dans cette région, tumeur assez mobile. La femme est anémiée, elle présente quelques ganglions cervicaux et une grosse rate.

Laparotomie latérale : on enlève d'un seul bloc le cœcum, l'appendice et une partie de l'iléon.

Abouchement des deux extrémités libres d'intestin, suture. Pas de drainage, suites opératoires favorables.

Il s'agissait là d'une tuberculose intestinale fibro-graisseuse démontrée par le microscope « un élément, dit le D^r Letulle, qui intervient à coup sûr dans l'augmentation du volume général des couches de l'intestin et contribue à imposer son type caractéristique à la lésion et l'hyperplasie élastique très marquée qui s'observe au niveau des deux musculuses du cœcum et de l'iléon... La couche cellulo adipeuse sous séreuse est par endroits énorme... »

OBSERVATION VI. — (Résumée)

Santy et Durand : Tuberculose iléo-cœcale hypertrophique chez une tuberculeuse pulmonaire. Lyon, Méd. 1913, 181-199.

Jeune fille de 24 ans examinée en 1912.

Toussant depuis plusieurs années, avec expectoration purulente très abondante. Se plaint de troubles digestifs, de douleurs abdominales et de faiblesse générale.

En 1911, elle a eu des crises abdominales très douloureuses, surtout 3, 4 heures après les repas. Constipation opiniâtre alternant avec des débâcles de diarrhées, jamais de sang dans les selles.

Depuis 6 mois les crises sont presque quotidiennes, l'amaigrissement est considérable, la malade se plaint de sueurs profuses. Ses règles ont disparu depuis quatre mois.

L'abdomen est douloureux au toucher.

Par la palpation profonde on sent dans la fosse iliaque droite une masse dure, assez mobile transversalement, douloureuse.

Submalité à la percussion.

Au moment des crises on voit à travers la paroi des ondes péristaltiques très nettes.

Pas d'ascite.

Aux poumons signes très nets de bacillose pulmonaire en évolution, au sommet gauche surtout.

La température oscille entre 37°,5 et 38°, 5.

Intervention le 4 octobre 1912 : A l'ouverture de l'abdomen on voit tout d'abord :

Une tumeur du volume d'une tête de fœtus comprenant le fond du cœcum, le cœcum, une partie du colon ascendant et la terminaison de l'iléon sur une longueur de 5 à 6 centimètres.

Englobé dans la concavité formée par le grêle et le cœcum malade un volumineux paquet ganglionnaire faisant corps avec la masse qu'on enlève.

On constate pendant l'intervention la présence d'un diverticule de meckel allant de l'iléon à l'ombilic entièrement canaliculé dont la lumière communique avec celle de l'intestin, on le laisse pour ne pas prolonger l'intervention .

Examen de la pièce.

La lumière du cœcum à son union avec le colon ascendant est presque disparue. Ses parois sont très épaissies.

Sa muqueuse présente de vastes ulcérations ; celle du colon ascendant également.

Sur la terminaison du grêle dont les parois sont un peu hypertrophiées, lésions sous péritonéales sous forme de tubercules disséminés. Les ganglions avaient quelques lésions casécuses, La malade guérit plus tard.

OBSERVATION VII. — (Résumée)

Rapport de M. Routier. Bull. et mém.. Soc. Chir. Paris
1906, p. 844

M. Routier a eu l'occasion d'opérer une malade qui avait présenté des accidents d'occlusion ayant fait croire à une appendicite.

L'examen donnait : Tumeur mobile qu'on reconnut être une tuberculose hypertrophique iléo-cœcale. La lésion portait surtout sur la fin de l'iléon au moins sur 15 centimètres. Le cœcum était également malade, mais beaucoup moins.

OBSERVATION VIII. — (Résumée)

Thèse Gouillon. Bordeaux 1906-1907

Malade de 19 ans ayant présenté depuis quelques années des signes de bacilliose intestinale.

Constipation alternant avec diarrhée, jamais de sang dans les selles.

A l'autopsie on trouve :

Au niveau du cœcum une énorme lésion ulcéreuse putride ayant à peu près les dimensions d'une paume de main d'enfant, la tumeur est à cheval sur la valvule iléo-cœcale et forme une sorte de manchon autour de l'iléon dont elle réduit la lumière. Elle est constituée par une série de circonvolutions inégales formant des saillies de 1 cm à 1 cm 5, séparées par des sillons d'égale profondeur. La surface de ces circonvolutions, très friable, présente des points gris et jaunes. Toutes ces saillies correspondent à un épaissement énorme des parois intestinales surtout marqué au niveau de la valvule iléo-cœcale.

En coupe, les circonvolutions présentent une muqueuse à aspect papillomateux et qui paraît infiltrée.

L'ensemble des hypertrophies papillomateuses de la paroi intestinale et des ganglions sous jacents qui font corps avec elle constitue le foyer de tuberculose hypertrophique.

Sur les villosités et dans l'épaisseur des ganglions, quelques îlots caséeux. Les tuniques sont hypertrophiées.

L'épaississement annulaire de l'intestin se continue le long de l'iléon sur une longueur de 6 à 7 centimètres. La muqueuse du grêle est gonflée et ulcérée. Elle présente ou fait un prélèvement de l'iléon là où l'épaisseur de ses parois est la plus grande et l'on voit une série d'ulcérations entourées de petits tubercules dont quelques-uns sont gros comme une lentille.

Autour de l'intestin existe un vrai gâteau ganglionnaire, formé par des ganglions tuberculeux. Sur l'epiploon ilots lenticulaires, jaunâtres, plus ou moins ramollis et entourés d'un tissu lardacé.

OBSERVATION IX. — (Résumée)

Hartmann. Rev. Chir. 1907. P. 177

Cas opéré par le D^r Michon. « Valvule iléo-cœcale, épaissie, déformée, faisant une saillie circulaire dans le cœcum et remontant sur les 5 derniers centimètres de l'iléon et s'arrêtant brusquement.

CONCLUSIONS

Dans le cadre des tuberculoses à forme hypertrophique de l'intestin il y a lieu de signaler l'association de lésions simultanées du gros intestin, du cœcum en particulier et de l'intestin grêle.

Cette association de lésions complexes intéressant le gros intestin et l'intestin grêle sont assez rares. Habituellement les tubercules du cœcum ne débordent pas en haut la valvule de Bauhin.

Ces formes associées sont caractérisées :

1° Au point de vue clinique par l'existence d'une tumeur cœcale sans signes d'entérite tuberculeuse concomitante.

2° Au point de vue radiologique par une déformation du cœcum sans lésions manifestes du transverse et du grêle.

3° Au point de vue anatomique, par la découverte à l'intervention à côté de la lésion cœcale prévue, d'une atteinte plus ou moins importante du grêle, qui permet ou contraindique l'exérèse. La multiplicité des localisations intestinales malgré leur forme hypertrophique, dont on connaît la virulence atténuée, doit faire craindre des accidents ultérieurs de généralisation tuberculeuse.

Si l'exérèse est impossible, on peut recourir à des interventions palliatives.

Vu, le Doyen :

VU

Vu :

H. ROGER. *et permis d'imprimer* **Pr P. CARNOT.**

Le Recteur de l'Académie de Paris :

P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGLAVE (Paul). — Etude sur le traitement chirurgical de la tuberculose du segment iléo-cœcal de l'intestin. Th. Paris 193-1904. 233
- BENOIT. — Th. Paris 1893.
- BERARD et PATEL. — Sur les formes chirurgicales de la tuberculose intestinale. Lyon Méd. 1905, C. V. 529-543.
- BEZANÇON et LAPOINTE. — La tuberculose intestinale à forme hypertrophique. Pres. Méd. Paris 1898-99. 265-267.
- CAUSSADE et CHARRIER. — Arch. génér. de méd. 1899, p. 410.
- CLAUDE. — La tuberculose non sténosante du gros intestin. Compte-rendu Soc. Biol. Paris 1898. 10 S.
- COOPER. — A lase op iléo-cœcal tuberculosis. Chir. I. Lond. 1918. XLVIII 615.
- COQUET. — De la variété des tumeurs cœcales tuberculeuses. Th. Paris 1894 n° 7.
- CORNIL. — Tuberculose du cœcum et d'un noyau tuberculeux de l'intestin grêle enlevés par Souligoux. Bull. et mem. Soc. anat. Paris. 1907. LXXXII. 507 à 508.
- CORNU. — Th. Paris. 1923-1924.
- DOWD. — Hyperplentic tuberculosis of lower end of ileum. Ann. Surg. Phila. 1902. XXXVI. 713-734.
- DECLAUX. — Tuberculose hypertrophique de l'intestin grêle. Congr. internat. méd. de Par. 100 C. R. Section anat. pathol. 357-360.
- DEMOULIN. — Tuberculose ileo-cœcale. Bull. et mem. soc. chir. Paris 1905 n. s. XXXI 636-641.
- DIXON. — Chronic hyperplastic tuberculosis of the intestine J. Tenn. M. Ass. Mashiville 1922 XV. 220-224.

- DURAND et BOURRAT. — Tuberculose hypertrophique du grêle chez une femme de 62 ans. Lyon méd. 1923. CXXXII 351-353.
- ERDMANN. — Hyperplastic tuberculosis of the intestine. Ann. Surg. Phila. 1920 LXXI 637-647.
- FABRE et REVEL. — Sur 2 cas de tuberculose ileo-cœcale à forme hypertrophique. Arch. prov. de chir. Paris 1911. XX 165-178.
- FRANCINI. — Contributio allo. studio della tuberculosi ipertrofica del intestino Clin. chir. Milano. 1912. XX 2018-2040.
- GAGE et HUNT. — Hypertrophic ileo-cæcal tuberculosis. Boston. M. et S. I. 1917 LLXXVI 124-127.
- GOUILLON. — Contribution à l'étude de la tuberculose hypertrophique de l'intestion région ileo-cœcale. Th. Bordeaux 1906-1907. N° 60.
- GUINARD. — La tuberculose ileo-cæcal hypertrophique. Bull. et mem soc. chir. Paris 1909, n. s. XXXV. 732-736.
- HARTMANN. — Les formes chirurgicales de la tuberculose ileo-cœcale. Rev. chir. Paris 1907. XXXV. 170-190.
- HARTMANN. — Bull. soc. anat. Paris 1892.
- HENROTIN. — Un cas de tumeur tuberculeuse du cœcum. Clin. Paris 1906. L. 273-279.
- HÜLSE. — Bertrag zur pathogenie des tüberkülosen iléozokaltumors. Virchow's achiv's archiv's arch. f. path. Anat. Berlin 1914. CCXVII 64-82.
- HUBSON. — Tubercular ulleration of the intestines associed with the presence of fruit stones : Tr. path. Soc. London 1889, p. 112.
- ITIÉ. — De la tuberculose intestinale à forme hypertrophique. Th. Montpellier 1898. N° 17.
- IGNARD. — La tuberculose hypertrophique de l'intestin grêle. Th. Paris 1913-1914. N° 32.
- KANDT. — Intestinal tuberculosis with special considération of the hyperplastic form and case report. Long Island, M. I. Brookloyn 1915 IX 157-166.

- KLEIN. — A case of hyperplastic variety of intestinal tuberculosis West, M. Times Denver 1922-23 XLII 14.
- LETULLE. — Tuberculome ileo-cœcale (Bull. et mem. soc. anat. Paris. 1910, LXXXV 886-888.
- LETULLE. — Tuberculose hyperplasique partielle du cœcum. Bull. et mem. soc. anat. Paris 1905. LXXX 554.
- LÆFER. — La tuberculose ileo-cœcale. Progrès méd. Paris 1922. 3 s. XXXV. 135-137.
- LAPOINTE. — Traitement des rétrécissements non congénitaux du rectum. Th. Paris 1897-98. N° 29.
- MAUCLAIRE et AMANDRUT : Tuberculose hypertrophique ileo-cœcale. Bull. et mem. soc. anat. Paris 1912. LXXXII 54-56.
- MAUCLAIRE et AMANDRUT. — Tuberculose de l'intestin grêle, de l'appendice et du segment ileo-cœcal. Clin. Paris 1912. VII. 218-222.
- MARIE. — Tuberculose du cœcum. Bull. soc. anat. Juin 1894, p. 451.
- MERY et BABONNEIX. — Cas de tuberculose intestinale hypertrophique chez un enfant de 5 ans. Rev. de la tub. Paris 1908, 2 s. V. 321-333.
- MICHAUX. — Résection de la totalité de l'intestin grêle pour tuberculose hypertrophique probable de l'iléon. Bull. et mem. soc. chir. Paris 1913, n. s. XXXVIII, 739.
- MICHON. — Tuberculose hypertrophique de la partie terminale de l'iléon (Rapport de Hartmann. Bull. et mem. soc. chir. Paris 1906. XXXII. 840-845.
- MONNIER. — Contribution à l'étude de la tuberculose intestinale à forme hypertrophique. Arch. prov. de méd. Paris 1899. I. p. 92-105.
- MOTEL. — Etude de la tuberculose intestinale de l'intestin grêle à forme hypertrophique. Th. Paris 1899-1900. M° 225.
- MONZARDO. — Sulla tubercolosi ipertrofica del ceco Riforma medic Napoli 1913 XXIX 569 à 596.
- POTHERAT. — L'iléo cœcale, énorme paracœcome. Bull. et et nom. soc. chir. Paris. 1920 XLVL 608.

- RANSOHOFF. — Hyperplastic tuberculosis of the small intestine. *Ann. Surg. Phila.* 1920 XXXVI 504-507.
- RAZZABONI. — Resezione estesa del grosso intestino per tubercolosi stenosante ipertrofica. *Clin. chir. Milano* 1913 XXI 561-572.
- ROUTIER. — *Bull. soc. chir.* 2 décembre 1903.
- SANTY et DURAND. — Tuberculose ileo-cœcale hypertrophique chez une tuberculeuse pulmonaire. *Lyon méd.* 1913 CXXI 181-199.
- SOULIGOUX. — Tuberculose ileo-cœcale. *Bull. et mem. soc. chir. Paris* 1912. n. s. XXXVIII 1379.
- TUFFIER. — Rétrécissement tuberculeux à forme hypertrophique de l'intestin grêle. *Press. méd.* 1900. I. 92 à 96
- TREF. — De la tuberculose intestinale à forme hypertrophique de l'intestin grêle. *Th. Montpellier* 1904-1905. N° 86.
- TILLAUX. — La tuberculose ileo-cœcale. *Rev. génér. chir. et therap. Paris* 1903 XI 968-974.
- VERLIAC. — Les différentes formes de la tuberculose intestinale. *Rev. de la tuberc. Paris* 1904. 2 SI 159-192.
- VACCARI. — La tubercolosi ipertrofica del colon pelvico *Réforma méd. Palermo, Napoli* 1907 XXXIII 117-120.

Imp. JOUVE & C^{ie}, Editeurs, 15, Rue Racine, Paris.
